

ANNÉE 1937

N°

THÈSE

292

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

DIVERRÈS (Jean-Didier-Charles-Marie)

Ancien Interne pr. des Hôpitaux de Rouen
Interne des Hôpitaux du Havre

Né le 29 Avril 1910, à Fort-de-France (Martinique)

Contribution à
l'Étude de la Gastrectomie large
après Gastro-Entérostomie

Président de Thèse : M. GOSSET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1937

ANNÉE 1937

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

DIVERRÈS (Jean-Didier-Charles-Marie)

Ancien Interne pr. des Hôpitaux de Rouen
Interne des Hôpitaux du Havre

Né le 29 Avril 1910, à Fort-de-France (Martinique)

Contribution à

l'Étude de la Gastrectomie large après Gastro-Entérostomie

Président de Thèse : M. GOSSET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CUNÉO.
Clinique des maladies du système nerveux	GOSSET.
Clinique des maladies infectieuses.....	GRÉGOIRE.
Clinique chirurgicale.....	LENCRMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique.....	MARION.
Clinique urologique	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMAÎTRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DEZANÇON.
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	
dulte	
Professeurs sans chaire.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ÉTIENNE.
 Hydrologie..... BEZANÇON Justin.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Histologie..... BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CATHALA.
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
 Physique..... DOGNON.
 Urologie..... FEY.
 Parasitologie..... GALLIARD.
 Bactériologie..... GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie..... GAYET.
 Histologie..... GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie.. HALPHEN.
 Pharmacologie..... HAZARD.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène..... JOANNON.
 Chimie biologique..... LABBÉ HENRI.
 Obstétrique..... LACOMME.

Obstétrique..... LANTUÉJOUL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE Guy.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie..... Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiatrie LEVY-VALENSI.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Anatomie pathologique.. OBERLING.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT-LUTAILLIER.
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique..... PORTES.
 Physiologie..... RICHET.
 Chimie biologique..... SANNIE.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNÈQUE.
 Pathologie expérimentale TROISIER.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique..... VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie..... BUSQUET.
 Physiologie..... CHAILLEY-BERT.

Anatomie pathologique.. LEROUX.
 Parasitologie..... NEVEU-LEMAIRE.
 Physique..... N.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE.		BROCC.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUENU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY- RADOT.			
SEZARY.			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale..
GUENIOT.	
LE LORIER.	
LEVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.
Stomatologie.....	RUPPE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

GRAND OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Son souvenir ineffaçable sera
le meilleur soutien de notre
carrière médicale.*

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MA MERE

*Faible témoignage de ma pro-
fonde affection et de ma
grande reconnaissance.*

A MES FRERE ET SCEURS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS ET COMPAGNONS D'ETUDES

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur GOSSET

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE

MEMBRE DE L'INSTITUT

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Témoignage de vive reconnaissance
pour le grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant
de présider notre Jury.*

A NOTRE JURY DE THESE

A notre Maître

Monsieur le Docteur JEAN DUVAL

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a aidé de
ses conseils. En témoignage
de notre profonde reconnais-
sance pour la bienveillance
qu'il nous a toujours montrée.*

A mes Maîtres dans les hôpitaux du Havre

Monsieur le Docteur DUVAL.

Monsieur le Docteur VERGEZ.

Monsieur le Docteur GAUCHET.

Monsieur le Docteur GAMBILLARD.

Monsieur le Docteur SEBALD.

Monsieur le Docteur STEMPOWSKI.

A mes Maîtres dans les hôpitaux de Rouen

Monsieur le Professeur DEVE.

Monsieur le Docteur DEROCQUE.

Monsieur le Docteur LOISEL.

Monsieur le Docteur LECAPLAIN.

Monsieur le Docteur CAUCHOIS.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
de l'Ecole de Médecine de Rouen

INTRODUCTION

La gastro-entérostomie préconisée il y a quarante ans par Wöhlfler fut pendant longtemps le seul traitement de l'ulcus.

Au début les résultats semblèrent très encourageants, mais bientôt on dut s'apercevoir qu'il n'en était pas toujours ainsi et que les suites opératoires et fonctionnelles n'étaient pas en tous points satisfaisantes.

L'enthousiasme pour cette intervention avait été tel que bien souvent l'on intervenait sans indications très précises.

Les résultats parurent moins bons et Dénéchau dans sa thèse (1907) commençait à étudier les troubles de l'estomac opéré. Depuis cette époque nombreux ont été les travaux sur les complications de la G. E. tant en France qu'à l'Etranger et parmi les auteurs on peut citer : Moutier, Gutmann, Pierre Duval, Cunéo, Gatellier, Bergeret, Charrier, Senèque, Delore, Suchman, Finsterer, Von Haberer, etc...

Actuellement un courant très large se dessine en faveur de la résection large dans le traitement chi-

rurgical de l'ulcus gastroduodéal. Lardennois au VII^e Congrès de la Société Internationale de chirurgie disait « On fera de plus en plus de gastrectomies en raison de l'excellence des résultats immédiats et éloignés. »

Hortolomei, de 1920 à 1926 pratiquait presque exclusivement la gastro-entérostomie il l'abandonna à cette époque au profit de la gastrectomie.

Del Valle et Capello étudiant les suites éloignées de la gastro-entérostomie concluaient en faveur de la gastrectomie opération de choix et en 1935 au sujet d'une communication sur cent huit gastrectomies pour ulcère, notre Maître le Docteur Jean Duval écrivait : « En définitive j'ai maintenant l'impression que gastro-entérostomie est une mauvaise opération qui doit tendre à disparaître presque complètement, grâce aux progrès de la technique opératoire.

Le succès croissant de la gastrectomie s'explique par les nombreux échecs de la gastro-entérostomie si l'on étudie les résultats éloignés.

Nous avons eu l'occasion durant notre internat dans le service du Docteur Duval au Havre de voir faire plusieurs gastrectomies chez les malades gastro-entérostomisés.

Grâce à l'obligeance du Docteur Duval nous avons pu assembler quatorze observations de cas semblables de 1933 à 1937; nous avons pu interroger la plupart de ces malades depuis leur intervention et constater les excellents effets de la résection large.

Dans ce travail, nous avons l'intention d'étudier

rapidement les troubles consécutifs à la gastro-entérostomie, d'analyser les quatorze observations recueillies et de montrer les points particuliers de la technique du Docteur Duval légèrement différente de celles généralement conseillées.

LES ECHECS DE LA GASTRO-ENTEROSTOMIE

Dans ce chapitre nous nous proposons d'étudier brièvement les échecs de la G. E. dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux. Ces faits ont fait l'objet des congrès de chirurgie de 1928 (Delore) et de 1931 (Gosset, et Leriche).

La plupart des auteurs sont d'accord pour constater que les résultats médiocres ou franchement mauvais de cette intervention peuvent être évalués de 25 à 30 % environ (Hartmann, Balfour, Leriche, Bergeret, Gatellier) ; les succès peuvent se voir aussi bien dans les ulcères de la petite courbure traités de cette façon que dans les ulcères duodénaux.

Dans la première éventualité il est fréquent de voir l'ulcère continuer son évolution, le malade se plaint de douleurs aussi violentes qu'avant et il ne se trouve pas à l'abri des complications que peut occasionner l'existence de l'ulcération. Hartman considère néanmoins que les résultats sont souvent satisfaisants dans les ulcères de la petite courbure.

Quant aux ulcères duodénaux ou pyloriques il n'est pas rare d'assister à une évolution semblable. Delore

au congrès de la chirurgie de 1928 étudiant les résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères duodénaux concluait que la gastro-entérostomie pouvait guérir les malades dans 70 % des cas, mais il faisait remarquer que la gastro-pyloréctomie enlevant l'ulcère donnait des résultats bien supérieurs. La gastro-entérostomie mettant l'ulcère au repos peut le guérir après avoir calmé les douleurs, mais il arrive aussi que les douleurs reparassent et on hésite à en attribuer la cause soit à un ulcère peptique soit à la persistance de l'ulcère duodénal.

Les raisons de ces résultats défavorables sont nombreuses et il peut s'agir soit de troubles fonctionnels simples, soit de complications véritables.

1) Les troubles fonctionnels étudiés par Charrier consistent en phénomènes dyspeptiques divers dus probablement à la persistance des sucs duodénaux dans l'estomac; ou bien il existe des troubles du transit duodénal, quelques débris alimentaires pénètrent dans le duodénum y stagnent et expliquent ces vomissements parfois incessants accusés par les malades, et la diarrhée intermittente qui amènent le malade à consulter de nouveau.

Bien plus importantes sont les complications véritables (Charrier, Gutmann, Suchman).

On peut les diviser comme le propose Charrier en :

a) Complications mécaniques : Sténoses, Invaginations, Torsions.

b) Complications inflammatoires : gastro-jéjuni-

tes, Périgastrites chroniques, rétrécissement par inflammation autour des bouches de G. E.

c) Complications ulcéreuses : portant sur l'anastomose elle-même, et surtout l'ulcère peptique.

d) Enfin les complications pouvant résulter de la persistance d'un ulcère continuant à évoluer.

Ces différentes éventualités se présenteront cliniquement sous l'aspect, soit d'accidents précoces, soit d'accidents tardifs.

1° ACCIDENTS PRÉCOCES

Ils sont de deux ordres :

a) Les hémorragies consécutives à la déhiscence des sutures et surtout le *circulus viciosus*.

b) Le *Circulus viciosus*.

Celui-ci se caractérise par des vomissements précoces bilieux et répétés dus à une gêne de la circulation des aliments et des sucs gastriques ou duodénaux, au niveau de l'anastomose, les accidents surviennent du 5 au 10^e jour.

P. Duval, H. Roux, Gatellier et Moutier ont montré la part de l'inflammation sous méso-colique dans la compression de l'anse jéjunale anastomosée.

Ces symptômes peuvent être moins accusés et ne se révéler que vers le 10^e jour constituant le *circulus subaigu* et cédant alors souvent au traitement médical.

2° ACCIDENTS TARDIFS

Les accidents tardifs sont plus fréquemment observés parmi ceux-ci nous citerons :

1°) *Le circulus viciosus tardif* apparaissent plusieurs mois après l'intervention et causant des vomissements dus à une gêne de la circulation des aliments au niveau de la bouche G. E.

2°) *L'invagination rétrograde du grêle* complication accompagnée de vomissements sanglants et de signes généraux graves (Kopp).

3°) *L'oblitération cicatricielle* de la bouche déterminant une sténose qui peut être d'origine intrinsecque par sclérose (Delore, Michon, Polosson), ou par périgastrite; cette dernière peut siéger au niveau de la bouche de G. E., visible alors radiologiquement (périgastrite lacunaire, Gutmann ou s'étendre sur toute l'étendue de la grande courbure.

4°) *Les gastro-jéjunites post-opératoires* qui comprennent :

a) Les gastrites s'accompagnant de douleurs post prandiales (Gutmann) journalières modérées.

b) Les jéjunites véritables lésions préulcéreuses.

c) Les duodénites souvent cause d'hémorragies.

5°) *Enfin l'ulcère peptique* objet du congrès de chirurgie de 1931 (Gosset Leriche) et étudié par de nombreux auteurs (Gutmann, Gatellier, Charrier, Des-

loyers etc...) Sa fréquence est diversement appréciée 2,50 % par Gosset, 5 % pour Pauchet, rare pour Gattelier, plus fréquent par Charrier. Certaines formes de gastroentérostomie y prédisposent: la G. E. en Y et la G. E. pour exclusion. Cet ulcère se caractérise par l'intensité extrême des douleurs qu'il provoque.

Il nous reste à passer en revue les complications dues de la persistance de l'ulcère ancien.

La revisciscence de l'ulcère ancien est fréquente mais souvent aussi un nouvel ulcère peut apparaître en un point quelconque de l'estomac; un ulcéreux dont la bouche de G. E. fonctionne mal est candidat à un nouvel ulcère (Gutmann).

a) L'ulcère peut saigner et les hémorragies sont favorisées par une mauvaise évacuation ou une sténose plus ou moins marquée (Gosset).

b) L'ulcère peut se perforer soit en péritoine libre, soit bien plus souvent dans un organe voisin, foie ou pancréas.

c) Enfin l'ulcère peut se Cancériser après G. E. Cette éventualité ne serait pas rare. Pauchet considère que le cancer est la fin naturelle de tout ulcère gastroentérostomisé. Hartmann étudiant cette complication en tire une conclusion en faveur de la gastrectomie, car, dit-il, il est impossible de distinguer les ulcus calleux de certains ulcus cancéreux. Cette dégénérescence néoplasique peut affecter l'ulcère lui-même ou se produire au niveau de la bouche de G. E.

En terminant cette énumération des causes organi-

ques qui sont le plus souvent à l'origine des troubles présentés par le malade il faut ajouter celles d'ordre technique ou résultant d'indications erronées.

A ce sujet Desplas, pense que l'emplacement de l'anastomose joue un rôle important, il pratique l'anastomose à anse courte la plus à droite possible, et de cette façon les suites opératoires se sont améliorées, et cependant de nombreux auteurs ont constaté que le mauvais fonctionnement d'une G. E. pouvait aussi se voir avec une bouche de G. E. faite de façon typique (Hoffman).

Quoi qu'il en soit les échecs de la gastro-entérostomie se traduiront cliniquement par des phénomènes douloureux plus ou moins aigus, des vomissements et des hémorragies.

L'étude de nos observations nous donnera l'occasion de signaler parmi ces différentes complications celles qui ont été rencontrées et les déductions opératoires qu'elles ont posées.

ETUDE DES OBSERVATIONS

Nous avons pu recueillir, dans le service du Docteur Duval, 14 observations concernant des malades ayant déjà subi une G. E. et pour lesquels une gastrectomie a été faite.

Toutes les pièces opératoires ont pu être examinées macroscopiquement et histologiquement.

Il s'agit de onze hommes et de trois femmes, dont l'âge varie de 25 à 60 ans.

Les lésions qui ont nécessité la première intervention se groupent de la façon suivante.

- 1 ulcus duodénal (obs. XII);
- 2 ulcus pyloro-duodénaux (obs. I et VI);
- 3 ulcus pyloriques (obs. II, VII et XII);
- 4 ulcus de la partie courbure (obs. VII, IX, X et XV);
- 1 gastrite étendue (obs. XI).

Dans les obs. VIII et XII le diagnostic opératoire au moment de la G. E. avait été celui de néoplasme ; l'examen des pièces de gastrectomie a montré qu'il s'agissait en réalité d'ulcus.

Dans l'observation n° III la gastro-entérostomie avait été pratiquée pour une sténose due à une péri-viscéríte du carrefour. Dans trois cas la localisation ou la cause initiale n'étaient pas indiquées.

A) Les troubles qu'ont présentés les malades après la première intervention ont été les suivants :

a) des douleurs.

Elles surviennent en général après les repas, calmées par les alcalins, elles prennent le type de brûlures post-prandiales, précoces dans leur apparition; dans quelques observations (VI, VIII, IX, XII) elles prennent nettement le type ulcéreux avec horaire fixe et périodes successives suivies d'accalmies.

Dans les observations II et XIII elles se caractérisent par leur violence extrême, obligeant le malade (obs. XIII) à se faire plusieurs fois par jour de la morphine. Il est intéressant de noter que dans ces cas, il s'agissait d'ulcères peptiques. Les douleurs siègent au niveau de l'épigastre et irradient de façon variable.

b) *Les vomissements* n'ont manqué que dans quelques observations, IV et VI, ce sont presque toujours des vomissements alimentaires accompagnant les douleurs survenant peu de temps après les repas, se répétant plusieurs fois par jour (4 à 5 fois dans l'obs. 11).

c) Les hémorragies : elles n'ont été rencontrées que rarement si l'on entend par là des hémorragies macroscopiques; on ne note d'hématémèses que dans l'observation V et VII.

Dans l'observation V et VII, il existe des hémorragies intestinales, une d'elle nécessitait une transfusion sanguine; dans l'obs. VII, l'hémorragie intestinale a été le seul symptôme des troubles consécutifs à la gastro-entérostomie.

d) Presque tous les malades accusent un état général déficient presque tous ont maigri de façon notable, l'appétit a disparu et bien souvent le degré d'asthénie les a obligé d'interrompre leur travail.

B) *Opération antérieure.*

Tous ces malades ont subi une gastro-E. transméso-colique; dans un seul cas, l'anastomose a été faite au bouton de Murphy.

Certains de ces malades ont subi plusieurs interventions (obs. III et IX) : deux interventions avant la gastrectomie.

Dans l'obs. VI le malade a subi 3 interventions : une gastro-entérostomie, une intervention pour éventration une dégastro-entérostomisation.

Il est évident que dans des cas semblables, cette suite d'interventions entravant le malade dans ses occupations, l'obligeant à suivre un régime sévère et qui la plupart du temps ne l'améliore pas, en fait un véritable inférieur, incapable de travailler, mécontent de l'opération qui ne l'a pas soulagé, hésitant à se confier de nouveau au chirurgien.

Ces faits militent certainement en faveur de la gastrectomie primitive pour l'ulcus quelque soit son siège.

D) *Amélioration après la G. E.*

L'amélioration consécutive à la G. E. a été variable.

7 ans observation XIII;

2 à 4 ans observations I, IX, et XII;

Un an observation III;

Quelques mois observations VI, X et XI.

Dans les obs. II et VII il n'y a pas eu d'amélioration les malades ont continué à souffrir dès la G. E.

D) *Examens pratiqués, Tubage* (Docteur Poté).

1°) Tous les malades ont subis avant la gastrectomie un tubage gastrique, à jeun et après repas d'épreuve; ces examens ont donné des résultats intéressants.

Il y avait constamment de l'hyperchlorhydrie chaque fois qu'il existait soit un ulcère peptique (obs. I, II), Soit un nouvel ulcus (obs. IX), apparu après une longue accalmie.

Dans les observations VIII, X et XII, l'hyperchlorhydrie était le témoignage de la persistance évolutive de l'ulcère primitif.

Dans les obs. V, VII et XI, il n'y avait pas d'augmentation d'acidité et à l'intervention il s'agissait effectivement de complications purement mécaniques. L'étude de chimisme gastrique chez les opérés anciens a fait l'objet de travaux (J. Duval, Vanier, Poté, Prévost).

2°) La recherche du sang dans le liquide de stase après repas d'épreuve a été négative seulement dans V observations.

3°) L'examen radiologique (Docteur Deruas).

Tous les malades à l'exception des observations XII et X ont été examinés à ce point de vue. Cet examen a été d'un précieux concours pour l'étude de l'évacuation gastrique et a souvent permis de mettre en évidence soit une stase, soit une évacuation difficile, lorsque la bouillie opaque se trouvait au dessous du niveau de la bouche de G. E.

Dans le cas de sténose, l'examen a montré que le liquide s'évacuait en partie par le duodénum.

Les examens radiologiques n'ont donné que peu de précision quant à l'existence d'un ulcus en activité, ou d'un ulcus peptique. Gutmann a insisté à ce sujet sur la nécessité de clichés en série pour le diagnostic des ulcères peptiques pris suivant la même technique que pour les ulcères duodénaux.

E) *Lésions découvertes à l'intervention.*

1°) Ulcères peptiques :

Dans 3 cas il s'agissait d'ulcères peptiques. Ce pourcentage est élevé si on le compare aux statistiques habituelles il correspond au pourcentage indiqué par Finsterer 17 %, Von Haberer 16 %.

Dans l'observation n° 1 le malade était guéri de l'ulcus qui avait nécessité la gastro-Ent. et ce n'est que secondairement que s'est déclaré l'ulcère peptique.

Ce fait est en accord avec les observations qui ont été faites par plusieurs auteurs (Luquet et Leriche)

il semble en quelque sorte que l'apparition de l'ulcère peptique est conditionnée par la guérison de l'ulcère primitif.

L'apparition de ces ulcères a été variable dans l'obs. I elle se fit au bout de deux ans, 7 ans dans l'obs. XIII, très précocement dans l'obs. II.

En même temps que l'ulcère peptique existaient dans l'obs. I et II une importante zone de gastrite inflammatoire et Pierre Duval considère ce fait comme capital, l'ulcère post opératoire serait d'origine infectieuse.

Dans les obs. I et II les lésions initiales étaient deux ulcères pyloriques ce qui est en faveur de l'influence prépondérante des lésions pyloro-duodénales, sur l'apparition de l'ulcère peptique (Pauchet, Monod).

2°) Nouvel ulcus : Le cas n'a été rencontré qu'une seule fois siégeant sur la petite courbure accompagné d'une zone de gastrite, la bouche de G. E. fonctionnait parfaitement.

3°) Persistance de l'ulcère ancien.

Ce fut la lésion la plus souvent rencontrée puisque notée dans les observations VI, VII, X, XII, XIV. Ils siégeaient quatre fois sur la petite courbure.

Dans les deux autres cas, il s'agissait d'ulcus pylorique ou pyloro-duodénal, ayant perforé les parois gastriques et bouché par le foie et le pancréas.

4°) Sténose au niveau de la bouche de G. E.

a) Dans les Obs. XI et XII la sténose était d'origine intrinseque l'une par sclérose, l'autre par inflammation.

b) Dans l'observation VII la sténose était d'origine extrinsecque, par périgastrite, l'estomac, le colon et la bouche de G. E. formaient à ce niveau une masse tuméfiée et de plus il existait un gros ulcus peptique.

5°) Autres lésions.

Les autres pièces opératoires III et V ont montré des lésions de pyloro-antrite, importante sans ulcère visible.

L'impression d'ensemble que l'on peut avoir de l'étude de ces comptes-rendus opératoires est qu'il y a une prédominance des complications inflammatoires sur les complications mécaniques propres à la gastro-E elle-même ; il semble d'autre part, qu'on ne puisse accuser une technique défectueuse, puisque en général on note que la bouche de G. E. est correctement placée. La cause principale de la persistance ou de l'apparition de nouvelles lésions paraît résider dans le fait que la G. E. laisse en place la région pylorique origine de l'acidité stomacale — l'étude des tubages nous a montré en effet qu'il y avait dans tous les cas (sauf un) hypéacidité, la gastroentérostomie n'a donc aucune action sur l'hyperchlorhydrie. Et c'est là un fait suffisamment important pour abandonner la gastro-entérostomie au profit de la gastrectomie. Il nous reste maintenant à examiner les traitements qui ont été appliqué à ces malades, la technique opératoire et les résultats obtenus.

TRAITEMENT MEDICAL

Le traitement à envisager chez des malades gastro-entérostomisés doit être en premier lieu médical.

Le traitement médical s'adressera d'une part à la diététique, d'autre part aux médicaments usuels ; mais l'on sait combien rarement le régime strict post-opératoire est suivi par les malades et cela surtout dans la clientèle hospitalière. Quant au traitement médicamenteux, comprenant les alcalins et antispasmodiques classiques, son action est toujours éphémère et ne calme que momentanément les douleurs et les vomissements.

L'histidine a été préconisée par plusieurs auteurs. Weiss, Aron, Stolz, Hessel insistent sur la valeur non seulement sédative mais curative de cette méthode qu'il s'agisse de gastrite ou d'ulcus en activité. Certains ont même constaté les heureux effets de ce médicament sur l'ulcus peptique (Bulmer). La radiothérapie peut être d'un précieux secours ; proposée par les allemands, elle semble avoir une influence très nette, d'une part sur les phénomènes douloureux et de plus sur les adhérences ou les éléments inflammatoires. (Gosset).

Le traitement médical, qu'il s'adresse aux agents physiques ou à la thérapeutique médicamenteuse, ne doit pas être poursuivi trop longtemps : il est en effet plus logique d'envisager une intervention chirurgicale curative devant la persistance des troubles pathologiques, d'autant qu'on n'ignore pas les dangers pouvant résulter de l'existence d'une ulcération digestive en activité et surtout de la possibilité d'un ulcère peptique, dont on sait la tendance à la perforation.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Les méthodes que l'on a proposées pour le traitement chirurgical des complications chroniques de la gastro ent. sont nombreuses — D'une façon générale deux méthodes ont été en présence l'une conservatrice, l'autre radicale.

Mais depuis les conclusions du Professeur Gosset au Congrès de Chirurgie, la seconde méthode s'est imposée.

Quels ont donc été ces divers procédés ?

1°) En présence d'un ulcère persistant on a proposé la resection de cet ulcère avec conservation de la gastro-E. Cette intervention détermine souvent l'apparition d'un ulcus peptique.

2°) Dans le cas de sténose cicatricielle de la bouche, Duval et Gatellier ont pratiqué une stomatoplastie et cette intervention a pu être suivie de succès, mais il faut être absolument certain qu'il n'existe aucune trace d'inflammation. Ces cas de sténose pure de la bouche ne sont pas habituels.

3°) Quant au périgastrites, la section des brides ou la rupture des adhérences n'a pas paru une intervention suffisante pour ramener un transit normal.

Pour l'ulcère peptique la plus importante des complications, plusieurs procédés ont été expérimentés par les chirurgiens.

a) L'excision simple de l'ulcère, outre qu'elle présente des difficultés d'ordre technique ne met pas à l'abri de récidives (Delore).

b) La suppression simple de la G. E. n'a donné que des résultats très médiocres. — Ce procédé tend à la restauration anatomique du tractus digestif, avec fermeture séparée des brèches jéjunales et gastriques. — Un inconvénient important réside dans la possibilité de rétrécissement de l'intestin grêle. Un de nos malades (Obs. VI) fut traité de cette façon : le résultat en fut la persistance de l'ulcère qui perfora foie et pancréas. La plupart des chirurgiens (Gosset, Charrier, Lœwy) condamnent cette intervention toujours suivie de mauvais effets. — Les récidives dépassent 50 % c'est la plus défectueuses des interventions conservatrices.

c) Certains chirurgiens ont associés à la dégastro-entérostomisation, une pyloroplastie, ou une duodénectomie, considérant que les récidives ulcéreuses étaient dues au pylore laissé en place, c'est en effet du pylore que partiraient les réflexes agissant sur la sécrétion acide de l'estomac (Haberer. — L'opéra-

tion de Finney ne semble pas satisfaisante, donnant 14 % d'échecs (Balfour).

La duodénectomie par contre donnerait des résultats bien supérieurs (Judd).

d) On a préconisé d'autre part la destruction de la première gastro-entérostomie suivie du rétablissement d'une nouvelle bouche. La nouvelle anastomose est placée au point le plus favorable pour l'évacuation gastrique.

Une variante de ce procédé consiste à pratiquer une nouvelle G. E. en laissant subsister l'ancienne dans le cas où le malade ne peut faire les frais d'une longue intervention, la nouvelle G. E. est faite alors en avant de la première : un tel procédé expose à une double récurrence (Simon).

Quant à la jéjunostomie elle ne peut être considérée que comme premier temps d'une gastrectomie chez un malade fatigué (Monyon).

f) Nissen a proposé un traitement qui semble bien complexe : le procédé consiste en une fermeture de duodénum et du bout jéjunal inférieur accompagné d'une duodéno-jéjunostomie latéro-latérale sus mesocolique, d'une gastro-jéjunostomie, enfin d'une jéjuno-jéjunostomie au pied de l'anse. L'auteur aurait obtenu deux bons résultats par ce procédé. Il semble donc que le succès de ces différentes techniques est bien souvent inconstant ; il est nécessaire de s'adresser à un traitement unique susceptible de guérir complètement les troubles morbides consécutifs

à la G. E. La gastrectomie suivie d'une nouvelle implantation gastro-jéjunale est seule capable de satisfaire les deux points importants qui sont :

1°) La résection de toute la région pylorique origine de l'acidité.

2°) Le rétablissement d'un transit alimentaire parfait. Charrier écrit à ce sujet : « Jusqu'en 1930 nous pratiquions comme la plupart des opérateurs français, la destruction de l'anastomose portant l'ulcère jéjunal, suivie soit de fermeture de l'estomac et de l'intestin, soit de la reconstitution d'une nouvelle gastro E. — Plus tard, suivant en cela les conclusions du Professeur Gosset, dans son rapport et ayant acquis une plus grande expérience de la technique de la gastrectomie pour ulcère, nous l'avons appliquée à l'ulcère peptique comme le conseille Finsterer, jugeant utile et logique de traiter à la fois l'ulcère peptique et la lésion ulcéreuse gastrique. En effet nous avons constaté souvent que la destruction de la G. E. avait comme conséquence la réviviscence de l'ulcère primitif ».

La gastrectomie dans ce cas n'est pas une intervention pouvant faire courrir des risques excessifs du malade et peut toujours être faite en un seul temps. Il s'agit néanmoins d'une intervention plus longue pouvant durer plusieurs heures, mais ne nécessitant pas une préparation soignée du malade. La technique en est bien au point et sa mortalité presque nulle.

Nous nous proposons tout d'abord d'examiner succinctement la technique utilisée par les différents chirurgiens, ensuite le procédé employé par le Docteur Duval.

Nombreux sont les chirurgiens qui ont utilisé la résection large dans les complications chroniques de la G. E. en France, nous citerons Gosset, Charrier, Bergeret, J. Duval, Luquet, Delore, Pauchet, Petit, Pohl, Monyon, etc... à l'étranger, Finsterer, Haberer, Starlinger, Moura, Lacetti, Giordano, etc.

Tous ces auteurs sont d'accord pour insister sur le point important qu'est le temps de la dégastro-entérostomisation; Charrier, Pohl, Délore, Pauchet, suivent une technique semblable dans l'ensemble et qui se déroule de la façon suivante.

1°) Après laparotomie recherche de la bouche de gastro E.

2°) Décollement colo-épiploïque, libération de la bouche sur toute ses faces sans l'ouvrir.

3°) Dégastro-entérostomisation, suture des brèches intestinales et gastriques.

4°) Section et fermeture du duodénum.

5°) Anastomose gastro-jéjunale à la Finsterer.

6°) Drainage et fermeture de la paroi.

La technique utilisée par le Docteur Duval diffère non pas dans l'ensemble, mais dans la succession des divers temps opératoires qui lui a permis de simplifier l'intervention et la rendre moins longue. — Nous dirons d'abord quelques mots sur la préparation des malades.

1°) Préparation des malades.

Les soins préopératoires sont réduits au minimum, le Docteur Duval suivant en cela les méthodes de Finsterer à presque complètement abandonné les lavages gastriques dont le pouvoir antiseptique est minime et fatigue inutilement le malade.

Les vaccins ne sont pas utilisés car ils ne semblent aucunement empêcher l'apparition des complications pulmonaires d'ailleurs fort rares avec l'anesthésie locale.

Le dosage de l'urée sanguine est toujours pratiqué mais un taux d'urée dépassant légèrement 0,50 n'a jamais constitué une contre indication opératoire.

Une heure et demi avant l'intervention on administre au malade un lavement de chloral.

20 minutes avant une injection de sédol.

10 minutes avant une injection de morphine.

2°) Anesthésie.

L'anesthésie a toujours été l'anesthésie locale. — La majeure partie des chirurgiens est d'avis d'éliminer tout anesthésie générale, même rectale ou intraveineuse.

Ces anesthésies ne sont pas sans danger, car elles placent le malade dans un état de sommeil et de ventilation pulmonaire diminuée, ce qui favorise les complications respiratoires (Charrier). — Quelques chirurgiens (Charrier, Pohl, Delore) conseillent la rachi-anesthésie à la percaïne.

La solution anesthésique employée est à 1/200 de

novocaïne. — Cette anesthésie n'est pas toujours parfaite et parfois avec des doses élevées on n'a pas toujours une anesthésie absolue ; il n'est pas difficile dans ces cas d'avoir recours à quelques bouffées de chlorure d'éthyle ou d'éther.

Mais dans l'ensemble l'anesthésie locale est excellente donnant un silence abdominal complet expliquant le succès de ces longues gastrectomies. Cette anesthésie locale comprend :

1° L'anesthésie de la paroi au moyen de trois boutons d'infiltration, le long de la ligne médiane sur le bord externe du grand droit.

2°) Anesthésie du péritoine pariétal lorsque l'on a incisé la peau et l'aponévrose ; cette anesthésie permet la mise en place d'un écarteur.

3°) L'anesthésie splanchnique antérieure suivant la technique de Braün. — En général l'infiltration de la région rétrogastrique suffit pour une bonne anesthésie viscérale. L'appareil utilisé pour cette anesthésie est l'appareil « Atomos » sous pression d'anhydride carbonique détendu, qui assure un dosage exact de la quantité injectée de solution en même temps qu'une économie de temps appréciable.

Ce n'est que lorsque l'anesthésie viscérale est soigneusement faite que commence la gastrectomie.

La Gastrectomie. — Arrivé à ce stade de l'intervention, la plupart des chirurgiens commencent par la dégastro-entérostomisation.

Il a semblé au Docteur Duval qu'il était plus simple de régler la conduite de l'opération comme s'il s'agissait d'une gastrectomie typique. Cette règle lui à permis de rendre plus rapide une intervention souvent plus délicate et plus laborieuse.

Envisagée de cette façon la gastrectomie se présente schématiquement de la façon suivante :

- 1°) Dépouillement de la grande courbure.
- 2°) Libération section et fermeture du duodénum.
- 3°) L'estomac est relevé et on libère les adhérences autour de la bouche de G. E.
- 4°) Séparation de l'estomac de l'anastomose en sectionnant franchement sur l'estomac.
- 5°) Examen de la bouche de gastro-entérostomie. Libération du méso-colon et ablation de la collerette gastrique qui persiste ,en sectionnant exactement entre l'estomac et le grêle.
- 6°) Ligature de la coronaire stomachique.
- 7°) Section de la tranche gastrique.
- 8°) Fermeture de la partie haute de cette tranche.
- 9°) Anastomose gastro-jéjunale sur la partie basse.

I. — Dépouillement de la grande courbure.

Elle consiste dans la ligature de tous les vaisseaux qui vont des gastro-épiploïques droites et gauches à l'estomac. Leur section se fait entre deux pinces suivies de ligatures au catgut.

Dépouillement commencé très à gauche et poursuivi très à droite de façon à libérer le pylore et le début du duodénum.

II. — *Libération section et fermeture du duodénum.*

C'est là un des temps les plus importants de la gastrectomie. Il faut se tenir au contact immédiat de la séreuse duodénale, disséquer les vaisseaux qui se rendent au duodénum et les lier. La partie la plus délicate est la séparation d'avec les pancréas surtout lorsqu'il s'agit d'un ulcus duodénal adhérent à cet organe (Obs. III, VI, XII, XIII).

Ce temps opératoire est rendu difficile, surtout quand l'ulcère siège sur la paroi postérieure pénétrant le tissu glandulaire. La séparation des deux organes se fait au bistouri. Petit à petit le duodénum se dégage et un trou rond apparaît sur le duodénum, en même temps qu'une cupule sur le pancréas au niveau de l'ulcération.

Lorsque le duodénum est libéré il est suturé en trois plans par trois sujets, muqueux, musculeux et sero-séreux; un champ est placé sur le pylore.

III. — *L'estomac est relevé et on libère les adhérences autour de la G. E.*

Il est alors aisé d'apercevoir l'anastomose gastro-jéjunale ancienne — on libère avec soins les adhérences qui se sont produites à ce niveau.

IV. — *Séparation de l'estomac de l'anastomose en sectionnant franchement sur l'estomac.*

On sectionne franchement l'estomac à deux ou

trois centimètres environ de la bouche de façon à laisser subsister une collerette gastrique — l'estomac se trouve ainsi complètement libéré et on le récline en le plaçant dans un champ.

V. — *Examen de la brèche de la bouche de gastro-entérostomie, libération du méso-colon et ablation de la collerette qui persiste.*

On examine la portion jéjunale de l'ancienne bouche, on apprécie sa souplesse, on se rend compte de l'existence d'un ulcère peptique — on libère cette anse jéjunale, du colon et du méso-colon. On resèque la collerette gastrique que l'on a incisée auparavant en même temps que l'ulcère peptique s'il existe, mais on prend bien soin cependant de laisser le maximum d'étoffe sur le grêle.

VI. — *Ligature de la coronaire stomachique.*

On lie cette artère le plus haut possible, c'est-à-dire au niveau de l'endroit où elle se coude et vient longer la petite bourse.

VII. — *On place sur l'estomac deux clamps.*

Un clamp droit ayant exactement la longueur de la bouche de G. E. et un deuxième clamp coudé fermant la partie haute. L'estomac est sectionné au ras de ces deux clamps.

VIII. — *Fermeture de la partie haute de cette tranche.*

Cette fermeture se fait par une succession de point en U placés au-dessous du clamp coudé. Le clamp est enlevé. Ce premier plan est complété par deux plans séro-muscleux et séro-séreux.

IX. — *Anastomose gastro-jéjunale.*

Trois éventualités peuvent se produire :

a) Si la brèche jéjunale est bien placée, s'il n'y a pas d'ulcère peptique, elle pourra servir à l'établissement de la nouvelle anastomose.

b) Dans le cas contraire on la ferme en la suturant au moyen des trois sujets habituels.

c) Si cette portion jéjunale est malade et qu'on décide de la supprimer. Il est nécessaire de pratiquer une résection plus ou moins importante, variant de 5 à 10 cm. et qu'on terminera par une suture termino-terminale.

Il ne reste plus qu'à procéder à l'anastomose gastro-jéjunale. Si l'on utilise pas l'ancienne bouche on devra faire l'anastomose avec une anse légèrement plus longue de façon que l'ancienne brèche fermée se trouve au-dessus de la nouvelle bouche. — L'anse jéjunale est fixée en arrière à l'estomac et placée correctement de façon que l'anse afférente corresponde à la petite courbure, la portion efférente à la grande.

a) Surjet séro-séreux postérieur.

b) Surjet séro-muscleux postérieur.

c) Ouverture du grêle.

d) Section de l'estomac au-dessous du clamp de façon à enlever toute la partie écrasée.

e) Surjet muco-muqueux postérieur et antérieur.

f) Surjet séro-musculaire antérieur.

g) Surjet séro-séreux antérieur.

h) Le méso-colon est fixé au-dessus de l'anastomose.

Telle est la description de la technique utilisée pour les quatorze observations que nous avons recueillies dans le service du Docteur Duval et chemin faisant nous avons montré en quoi elle différait de celle des autres chirurgiens.

Dans ces 14 gastrectomies après G. E.

a) Une seule fois la résection du grêle fut faite (Obs. II), il s'agissait d'un gros ulcère peptique s'étendant dans les deux branches de l'anastomose intestinale.

b) Une seule fois la brèche jéjunale fut utilisée pour la nouvelle anastomose (Obs. X) et la nouvelle bouche faite en laissant au-dessus la brèche initiale.

RESULTATS OPERATOIRES

Nous étudierons d'abord les suites opératoires immédiates et les suites opératoires éloignées.

A) *Suites immédiates :*

Le traitement post-opératoire comporte peu de choses, il est rare que l'on soit obligé de faire du sérum à ces opérés.

L'alimentation liquide est commencée 24 heures après l'intervention — le jour même si la soif est vive un goutte à goutte rectal glucosé et mis en place.

Le lever est toujours précoce, le 3^e ou 4^e jour généralement ; le malade commence à circuler dans l'hôpital le 6^e jour, il s'en va du 10 au 12^e jour.

L'alimentation solide est commencée dès le 6^e jour.

La lecture des feuilles de température de ces divers opérés nous a montré que les suites opératoires immédiates avaient toujours été très simples.

Quelques malades présentent du 2^e au 5^e jour une légère élévation thermique accompagnée de l'expectoration de quelques crachats muco-purulents, aussi la plupart de ces opérés surtout s'ils sont âgés, sont

ils précocement soumis à une gymnastique respiratoire. Un seul malade (Obs. XIII) a présenté une phlébite retardant le lever.

Il n'a été constaté aucun cas de mortalité post-opératoire ni de complications pulmonaire grave.

B) Suites éloignées :

Nous avons pu revoir la plupart de ces opérés ou recevoir des renseignements les concernant soit par leur famille, soit par leurs médecins traitants, et nous avons pu constater que les résultats éloignés ont été très satisfaisants.

En effet 12 de ces opérés ne se plaignent d'aucun trouble et un autre a été très amélioré.

Sur ces 12 malades :

Un est guéri depuis 4 ans (Obs. X).

Deux depuis 3 ans (Obs. VI et VII).

Cinq depuis 15 à 18 mois (Obs. I, II, III, V, XIII).

Un depuis 1 an.

Un depuis 9 mois (Obs. XII).

Un depuis quelques mois.

Un amélioration nette (Obs. VIII).

Un seul de ces malades n'a pas été amélioré. Il s'agit d'une femme qui se plaint de continuer à souffrir — son médecin a insisté du reste sur le terrain névropathique de cette malade. Un des opérés (Obs. IX) est mort accidentellement pendant son travail. — Sa famille consultée nous a assuré que la

guérison post-opératoire s'était maintenue parfaite jusqu'à l'accident, c'est-à-dire 2 ans.

Parmi ces douze malades aucun ne suit de régime quelconque, aucun n'accuse de douleurs spontanées ou post prandiales, aucun vomissement n'a été signalé, tous ont engraisé après l'opération et la qualité de leur guérison se maintient parfaite.

Aucun ne présente de phénomènes anémiques sur lesquels ont insisté plusieurs auteurs (Henschen et Ruder). Tous ces opérés ont pu reprendre leurs occupations sans présenter la moindre asthénie.

L'opéré que nous avons considéré comme amélioré (obs. 8) ne se plaint que de quelques douleurs post pandiales, correspondant sans doute au syndrome du petit estomac. Il s'agit d'ailleurs d'un opéré récent.

Il nous paraît donc d'après cet exposé que la gastrectomie s'impose comme traitement des troubles pathologiques résultant de la G. E. Sa mortalité est nulle dans les mains d'un chirurgien habitué à sa technique.

Les suites opératoires ainsi que les résultats éloignés en font l'opération de choix dans les cas où la gastro-enterostomie a échoué. Cette dernière intervention ne devrait plus être pratiquée qu'en cas de contre-indication de la résection large de l'ulcus quel qu'il soit ; l'obésité ou la précarité du malade en sont les plus importantes et dans ce cas la G. E. ne doit être que le premier temps de la gastrectomie.

ils précocement soumis à une gymnastique respiratoire. Un seul malade (Obs. XIII) a présenté une phlébite retardant le lever.

Il n'a été constaté aucun cas de mortalité post-opératoire ni de complications pulmonaire grave.

B) Suites éloignées :

Nous avons pu revoir la plupart de ces opérés ou recevoir des renseignements les concernant soit par leur famille, soit par leurs médecins traitants, et nous avons pu constater que les résultats éloignés ont été très satisfaisants.

En effet 12 de ces opérés ne se plaignent d'aucun trouble et un autre a été très amélioré.

Sur ces 12 malades :

Un est guéri depuis 4 ans (Obs. X).

Deux depuis 3 ans (Obs. VI et VII).

Cinq depuis 15 à 18 mois (Obs. I, II, III, V, XIII).

Un depuis 1 an.

Un depuis 9 mois (Obs. XII).

Un depuis quelques mois.

Un amélioration nette (Obs. VIII).

Un seul de ces malades n'a pas été amélioré. Il s'agit d'une femme qui se plaint de continuer à souffrir — son médecin a insisté du reste sur le terrain névropathique de cette malade. Un des opérés (Obs. IX) est mort accidentellement pendant son travail. — Sa famille consultée nous a assuré que la

guérison post-opératoire s'était maintenue parfaite jusqu'à l'accident, c'est-à-dire 2 ans.

Parmi ces douze malades aucun ne suit de régime quelconque, aucun n'accuse de douleurs spontanées ou post prandiales, aucun vomissement n'a été signalé, tous ont engraisé après l'opération et la qualité de leur guérison se maintient parfaite.

Aucun ne présente de phénomènes anémiques sur lesquels ont insisté plusieurs auteurs (Henschen et Ruder). Tous ces opérés ont pu reprendre leurs occupations sans présenter la moindre asthénie.

L'opéré que nous avons considéré comme amélioré (obs. 8) ne se plaint que de quelques douleurs post pandiales, correspondant sans doute au syndrome du petit estomac. Il s'agit d'ailleurs d'un opéré récent.

Il nous paraît donc d'après cet exposé que la gastrectomie s'impose comme traitement des troubles pathologiques résultant de la G. E. Sa mortalité est nulle dans les mains d'un chirurgien habitué à sa technique.

Les suites opératoires ainsi que les résultats éloignés en font l'opération de choix dans les cas où la gastro-enterostomie a échoué. Cette dernière intervention ne devrait plus être pratiquée qu'en cas de contre-indication de la résection large de l'ulcus quel qu'il soit ; l'obésité ou la précarité du malade en sont les plus importantes et dans ce cas la G. E. ne doit être que le premier temps de la gastrectomie.

Les douleurs irradient dans le dos, des vomissements les accompagnent, alimentaires et aqueux, se répétant trois et quatre fois par jour.

Il est très affaibli et a maigri de 10 kilogs.

Il a dû interrompre son travail depuis deux mois.

Examen des selles présence de sang

Urée sanguine.... 0,35

Tubage à jeun		Après repas d'Ewald
Hel libre.....	0,80	1,82
Acidité totale.....	1,81	2,48
Acidité lactique.....	néant	traces
Sang.....	—	—

Examen radiologique :

L'anastomose gastro-jéjunale fonctionne bien, les contours de l'estomac sont flous dans l'ensemble.

On pense à un ulcus peptique.

Intervention le 8 novembre 1935 (D^r Duval).

Ulcus peptique greffé sur la partie gauche de la bouche de gastro-entérostomie.

Cette gastro-entérostomie est placée près du pylore.

Dépouillement de la grande courbure : difficile à cause de nombreuses adhérences

Section et fermeture du duodéum.

Section de l'estomac au-dessus de la bouche, de façon à pouvoir voir celle-ci de l'intérieur.

Séparation du grêle du meso-colon.

Le grêle étant malade et ayant été perforé en deux endroits en avant et en aval de la bouche *est resequé sur 10 centimètres*.

Gastrectomie type Finsterer en abouchant le grêle à l'estomac en aval de la suture termino-terminale.

Drainage -sus-mésocolique.

Examen histologique : Lésions de gastrite avec métaplasie du type intestinal.

Suites opératoires normales.

Revu en mars 1937 :

La santé de ce malade est excellente, il a grossi de plusieurs kilogs, il ne vomit jamais, ne souffre plus, mange de tout, et ne suit aucun régime.

OBSERVATION N° III

Monsieur C..., 42 ans, matelassier.

Entre dans le service le 21 octobre 1935 pour la persistance de troubles digestifs, dont le début date de l'année 1932.

Il fut opéré une première fois pour une péritonite sous-hépatique, l'intervention montra une périviscérite du carrefour.

En 1933 ce malade continue à souffrir, a des digestions difficiles, il entre de nouveau à l'hôpital, et le docteur Vergez pratique une gastro-entérostomie en janvier 1933.

Jusqu'à la fin de l'année le malade se trouve mieux et ne souffre plus.

Cette rémission prend fin, les digestions sont de nouveau très difficiles, il a des vomissements aqueux, plus qu'alimentaires. En résumé il présente des signes de sténose incomplète, pas d'hématémèse. L'amaigrissement est notable.

A l'examen on ne constate qu'une douleur épigastrique réveillée par le palper, ainsi qu'une éventration au niveau de la cicatrice opératoire.

Examen des selles : présence de sang.

Tubage à jeun		Après repas d'Ewald
Hel libre.....	néant	néant
Acidité totale.....	0,47	0,51
Acidité lactique.....	néant	0
Sang.....	traces	0
Urée sanguine.....	0,37	

Examen radiologique :

A la palpation on décèle un point douloureux net et localisé sur les parois gastriques un peu au-dessous de la bouche de gastro-entérostomie.

L'estomac est difficilement mobilisable (périgastrite).

On pense à un ulcus peptique.

Intervention le 15 novembre 1935 (D^r Duval).

Laparotomie :

La bouche de G. E. est bien placée, pas d'ulcus peptique, mais la face postérieure de l'estomac est fixée en arrière et on a l'impression qu'il existe un ulcus de la face postérieure adhérent au pancréas.

Dépouillement de la grande courbure

Section et suture du duodénum.

Section sur l'estomac à un centimètre de la bouche de G. E.

Ablation de la collerette gastrique et fermeture du grêle.

Dégagement des adhérences de l'estomac au pancréas.

En résumé il n'y a pas d'ulcus, mais une large zone de gastrite constatée à l'ouverture de la pièce.

Examen histologique : Lésions inflammatoires intenses.

Revu le 3 mars 1937.

Nous n'avons pu joindre le malade, mais son médecin traitant, le docteur Journe, de Caudebec-en-Caux, nous a donné les renseignements suivants :

Le malade va très bien, la tolérance gastrique est normale, il ne suit aucun régime et fait un travail assez dur, il a repris du poids et peut être considéré comme cliniquement guéri.

OBSERVATION N° IV

L... Emilienne, 39 ans.

Entre dans le service le 15 février 1935.

Le début de son affection date de sept ans environ, caractérisée par des douleurs à sièges épigastriques apparaissant peu de temps après les repas. Il n'y a pas de vomissements. Ces douleurs ont lieu par crises d'une durée de quinze jours, suivies de rémission.

En avril 1931 le docteur Guilbert lui fait une gastro-entérostomie, l'amélioration dure quelques mois, mais les douleurs reviennent bientôt.

A son entrée dans le service cette malade souffre continuellement au niveau de l'hypocondre droit, avec des irradiations dorsales.

Elle est calmée par les alcalins.

Elle ne vomit pas.

Elle a maigri de plusieurs kilogs.

Le diagnostic est celui d'un ulcus peptique.

Examen radiologique :

La bouillie pénètre dans un estomac court et passe rapidement dans le grêle par la bouche de G. E., la zone pyloro-duodénale est douloureuse à la palpation.

Tubage gastrique à jeun		Après repas d'Ewald
Hel libre.....	néant	1,28
Acidité totale.....	—	1,78
Acidité lactique.....	—	0
Sang.....	—	traces
Urée sanguine.....	0,32	

Intervention le 13 février 1935 (D^r Duval).

Laparotomie :

On trouve des adhérences entre la face antérieure de l'estomac et le péritoine pariétal ainsi qu'au niveau de la bouche de G. E.

Fermeture et section du duodéum.

Ablation de la bouche de G. E. en incisant nettement sur l'estomac.

Ablation de la collerette gastrique et fermeture du grêle.

Ensuite anastomose gastro-jéjunale en laissant l'ancienne bouche au-dessus.

Examen histologique : muqueuse gastrique sans signes de malignité ou d'inflammations.

Suites opératoires normales.

Revu le 25 février 1937.

Cette malade se plaint de douleurs à siège épigastrique, mais ne vomit pas. Son médecin considère qu'il s'agit d'une malade très nerveuse, et qu'il faut incriminer surtout un terrain névropathique.

OBSERVATION V

C... Julien, 37 ans, employé d'usine.

Entré dans le service le 15 novembre 1934.

Le malade dont les troubles digestifs dataient de 1920 subit en 1922, à l'Hôtel Dieu d'Amiens, une gastro-entérostomie, au bouton de Murphy.

Depuis cette intervention le malade se plaignait de digestions lentes, de douleurs à type de crampe localisée à l'épigastre. Les douleurs étaient facilement calmées par l'ingestion d'aliments et de poudres alcalines. L'appétit était conservé.

Brusquement, à la fin d'octobre, il a une hématomérose abondante et il dit en avoir déjà eu quelques mois auparavant. Il présente de plus une hémorragie intestinale importante et on doit lui faire une transfusion sanguine de 300 cc.

Numération globulaire G. R. 2.320.000
G. B. 6.000

Formule leucocytaire p. et m. mono. 28
Grd.mono. 7
Poly. Neutro. 61
— éosino. 2
— Baso. 0,5

Tubage gastrique à jeun	Après repas d'Ewald
Hel libre..... néant	traces
Acidité totale..... 0,58	0,69
Sang..... présence	0,69
Acidité lactique..... —	0,69

Radiographie :

La bouche de G. E. fonctionne normalement.

La région pylorique et prépylorique est rigide.

Irrégularités de la partie inférieure de la petite courbure.

Intervention le 14 décembre 1936 (D^r Duval).

On défait le gastro-entérostomie antérieure.

Enfouissement du grêle en 3 plans.

Ablation de la bouche de G. E.

Gastrectomie large.

Anastomose gastro-jéjunale en dessous de l'ancienne bouche jéjunale.

Examen de la pièce : Gastrite de l'antré, muqueuse dépolie et atrophiée.

Suites opératoires normales.

Revu le 18 février 1937, le malade est en excellente santé, aucune douleur ni vomissement. S'alimente normalement, ne suit pas de régime, continue son travail sans aucune difficulté. Il n'a pas maigri depuis sa dernière intervention.

OBSERVATION N° VI

L... Pierre, 31 ans, journalier.

Entre dans le service le 18 octobre 1934.

Le début des troubles gastriques présentés par ce malade remonte à neuf ans. Ceux-ci se caractérisaient par des crises douloureuses à siège épigastrique accompagnés de vomissements alimentaires. Ces crises douloureuses étaient périodiques, suivies d'accalmies, bientôt elles deviennent continues et une gastro-entérestomie est pratiquée en 1930 par le docteur Duval.

L'intervention est suivie d'une amélioration de quatre mois.

En novembre 1932 le malade est hospitalisé à Paris, dans le service du professeur Gosset, les crises douloureuses ayant fait une nouvelle apparition. Une dégastro-entérostomisation est faite ainsi d'une section d'adhérences.

Le malade continue à souffrir, et surtout la nuit, entre minuit et trois heures du matin. Il ne vomit pas.

A son entrée dans le service du docteur Duval, on lui fait un tubage et une radiographie.

Tubage à jeun		Après repas d'Ewald
Hel libre.....	2,40	2,14
Acidité totale.....	2,82	2,95
Sang.....	traces	traces
Acide lactique.....	présence	—
Urée sanguine.....	0,30	

Radiographie : déformation de la région pylorique, signes de sténose-gastrectomie le 31 octobre 1934, Docteur Duval.

Gastrectomie suivant la méthode de Finsterer.

Drainage sur-mésocolique.

Examen de la pièce :

Très gros ulcus pyloro-duodénal ayant perforé les parois, bouché par le foie dans lequel il creuse une géode.

Suites opératoires normales.

Revu le 28 février 1937.

Ce malade va bien, il continue son travail très dur, il mange de tout, ne souffre pas et ne vomit pas.

OBSERVATION N° VII

G... Jacques, 42 ans, marin.

Entre dans le service le 11 juin 1934. Ce malade avait été soigné du 26 avril au 31 mai 1934 pour moeléna.

Un an avant ce malade avait été hospitalisé à Saint-Brieuc pour hématomésés abondantes. Le docteur Prigent lui fit une gastro-entérostomie pour un ulcère de la petite courbure. Après cette intervention il ne vomit pas et ne souffre pas, mais du moeléna persiste, l'affaiblissant progressivement; il maigrit de plusieurs kilogs.

En résumé un seul symptôme : l'hémorragie intestinale.

Examen des selles : présence de sang.

Tubage gastrique à jeun		Après repas d'Ewald
Hel libre.....	néant	0,44
Acidité totale.....	0,45	1,38
Sang.....	néant	néant
Acide lactique.....	présence	présence

Radiographie : La gastroentérostomie fonctionne normalement. Il existe une niche à la partie inférieure de la petite courbure. Gastrectomie le 28 juin 1934 (D^r Duval).

1° Section du duodénum : on soulève l'estomac et on

constate que la bouche de G. E. est petite, sténosée.

2° On la défait et on ferme la brèche iléale en trois plans.

3° Gastrectomie à la Finsterer en laissant la brèche intestinale en dessous des sutures.

Examen de la pièce : Ulcus de la partie courbure de la grandeur d'une pièce de deux francs.

Examen histologique : Ulcère avec lésions étendues de gastrite.

Suites opératoires normales.

Revu le 28 février 1937 : Le malade est en excellente santé. Il a continué son métier de marin, il ne souffre jamais de l'estomac, il ne suit aucun régime, mais ne fait pas de gros repas, il n'a jamais vomi. Son poids est stationnaire, il ne ressent aucune fatigue dans son travail.

OBSERVATION N° VIII

D... César, charretier, 39 ans.

Entre dans le service le 10 août 1936.

Le malade avait été hospitalisé il y a huit mois dans le service du docteur Verges, à l'hospice général, se plaignant de troubles dyspeptiques vagues, et la radiographie ayant montré une image suspecte de néoplasie et à cause de l'amaigrissement marqué, on lui fait une gastro-entérostomie (30-11-35).

L'intervention n'amène aucun soulagement.

Au contraire, des douleurs intolérables surviennent deux heures après les repas accompagnées de vomissements alimentaires.

Examen radiologique :

L'examen radiologique pratiqué à son arrivée dans le service donne les renseignements suivants :

Cinq heures après l'ingestion de la bouillie on constate qu'il en reste une petite quantité dans le bas fond gastrique. On fait ingérer à nouveau la bouillie, la bouche de G. E. fonctionne bien jusqu'au moment où le niveau liquide arrive au-dessous de la bouche.

L'anse anastomosée est dilatée; il se produit un reflux dans le duodénum.

Les contours gastriques sont frangés dans la région pylorique.

On pense à un ulcus peptique.

Gastrectomie le 17 août 1936 (D^r Duval).

On trouve au milieu d'adhérences une tuméfaction de la grosseur d'une mandarine englobant estomac colon et bouche de G. E.

1° Section du duodénum et suture.

2° On relève l'estomac et on découvre la face postérieure.

3° Section de l'estomac à deux centimètres de la bouche de G. E. on aperçoit l'ulcère peptique qui creuse deux géodes.

On détache le grêle qui se déchire, on doit faire une résection du grêle que l'on suture par anastomose termino-terminale, puis gastrectomie type Finsterer avec anastomose gastro-jéjunale au-dessous de la suture termino-terminale.

Examen histologique : muqueuse très enflammée avec métaplasie intestinale.

Suites opératoires normales

Revu le 28 février 1937, le malade se plaint de dou-

leurs épigastriques au moment des digestions, mais beaucoup moins violentes qu'autrefois. Il ne vomit pas, mais doit suivre un régime assez sévère.

Il a engraisé de 3 kilogs depuis son opération.

OBSERVATION N° IX

C... Charles, 44 ans, maçon.

Entre dans le service le 3 janvier 1934 pour troubles digestifs, fut opéré une première fois en 1927 pour ulcère perforé, par le docteur Le Nouene.

Continuant à souffrir il est opéré quelques mois plus tard par le docteur Duval qui lui fait une gastro-entérostomie. Cette intervention est suivie d'une amélioration très nette d'une durée de quatre ans.

Mais depuis 1933 ce malade se remet à souffrir pendant des périodes d'une quinzaine de jours suivies d'accalmies de même durée.

1° Les douleurs siègent à droite de l'ombilic, surviennent une heure après les repas, et sont calmées par les alcalins.

2° Il vomit presque journellement; il est très constipé.

A l'examen on note une éventration au niveau de la cicatrice opératoire.

Il n'existe pas de zone douloureuse précise.

L'examen des selles est négatif.

Tubage à jeun		Après repas d'Ewald
Hel libre.....	1,09	1,82
Sang.....	traces	2,40
Acidité totale.....	1,75	2,40

Radiographie: Gastro-entérostomie fonctionnant bien; pas d'images anormales. On pense à un nouvel ulcus en évolution ou à un ulcus peptique.

Gastrectomie le 17-1-34 (D^r Duval).

Gastrectomie en supprimant la bouche de G. E. Finsterer typique.

Drainage sur méso-colique.

Examen de la pièce : Rien d'anormal au niveau de la bouche de G. C. , mais nouvel ulcus sur la petite courbure avec larges plaques de gastrite.

Examen histologique : Ulcus siégeant au milieu d'une muqueuse très enflammée.

Suites opératoires sans incidents.

Décédé accidentellement le 24 janvier 1936 au cours de son travail.

OBSERVATION N° X

T... Pierre, 25 ans, matelot.

Entre dans le service le 8 février 1933 pour troubles gastro-intestinaux.

Le début de son affection date de deux ans et demi. Il présentait un syndrome douloureux abdominal caractérisé par :

1° Des douleurs à siège apigastrique avec irradiation dorsale apparaissant une heure et demie après les repas.

2° Du molena abondant en novembre 1932.

Il ne vomit pas.

Hospitalisé à Buenos-Ayres on pense à un ulcus à la petite courbure. Une gastro-entérostomie est pratiquée,

les suites opératoires sont bonnes et le malade ne souffre plus.

Deux mois plus tard les douleurs reviennent moins intenses, localisées à l'hypochondre gauche et surviennent 3 heures après les repas ; les selles sont parfois noirâtres: il entre à cette époque dans le service.

L'examen ne montre qu'une légère rénittance de l'hypochondre gauche avec douleur à la palpation profonde.

Tubage à jeun		Après repas d'Ewald
Hel libre.....	1,67	1,70
Acidité totale.....	0,54	0,70
Sang.....	traces	traces

Une gastrectomie est pratiquée par le docteur Duval le 10-2-33. On trouve un ulcus de la petite courbure de la grosseur d'une pièce de 0,50.

Gastrectomie large du côté de la petite courbure.

On conserve la bouche de gastro-entérostomie assez bien placée.

Examen histologique : Ulcère gastrique simple.

Suites opératoires normales.

Ce malade n'a pas été revu, ayant quitté la ville.

Il nous a écrit les renseignements suivants :

« Je suis actuellement traité pour une lésion pulmonaire, mais je ne souffre plus depuis ma dernière intervention, Je n'ai pas de vomissement et je m'alimente normalement. J'ai maigri ces derniers temps, mais cela est dû à mon état général ». Le 29 février 1937.

OBSERVATION N° XI

G... Jean-Marie, 36 ans, marin de commerce.

Entré dans le service le 28 janvier 1937.

Le malade souffrait de l'estomac depuis quatre ans et présentait des douleurs au niveau du creux épigastrique survenant 3 heures après les repas avec irradiations dorsales.

Il aurait vomi une fois le sang et ses selles auraient été fréquemment noires.

Il fut opéré à cette époque le 10 avril 1936 par le docteur Querneau, à Quimper, qui pratiqua une gastro-entérostomie, ne trouvant pas d'ulcus, mais une zone de gastrite étendue.

Pendant 8 mois il fut amélioré et il engraisa de plusieurs kilogs.

Mais en Octobre 1936 les douleurs épigastriques recommencent sans caractères d'acidité mais continuellement.

Ce malade s'amaigrit il ne vomit pas, mais les alcalins ne calment pas ses douleurs.

Il est vu par le Docteur Vannier qui pratique une radiographie et un tubage.

Tubage à jeun

Après repas d'Ewald

Hel libre.....	néant	051
Acidité totale.....	0,45	1,09
Sang.....	traces	traces
Urée sanguine.....	0,35.	

Radioscopie : l'estomac contient à jeun un peu de liquide le liquide opaque s'évacue par une bouche de gas-

tro entérostomie située à la partie inférieure de la grande courbure. Puis au bout de quelques temps la bouillie emprunte la voie duodénale. Pas d'image ulcéreuse au niveau de l'antra ni du bulbe.

Toute cette région est sensible au palper.

Un cliché en position verticale ne montre pas d'ulcus peptique ni de *circulus viciosus*.

La mobilité gastrique est conservée.

En résumé pas d'images ulcéreuses, mais on constate :

1° Que l'évacuation se fait en grande partie par le duodénum;

2° Que la région duodénale est sensible à la palpation.

Gastrectomie facile on trouve une bouche de gastro-entérostomie très étroite.

L'examen de la pièce montre une zone de gastrite très étendue.

Suites opératoires normales.

Revu le 29 février 1937, ce malade est en excellente santé.

Ces digestions sont parfaites il s'alimente plusieurs fois par jour et par petites quantités. Il ne souffre aucunement et compte reprendre un embarquement dans quelques semaines.

OBSERVATIONS N° XII

P... François, 57 ans.

Entre dans le service le 5 mai 1936 pour troubles digestifs.

En janvier 1932, une gastro-entérostomie lui est faite par le docteur Duval.

Avant cette intervention le malade accusait :

Des douleurs gastriques depuis 15 ans environ, survenant 2 ou 3 heures après les repas accompagnées de

vomissements le soulageant, le réveillant la nuit sans horaires fixes. Il n'avait pas de périodes d'accalmies.

Première intervention.

A l'intervention on a l'impression d'une masse pylorique adhérente au colon et à la face inférieure du foie. On pense à un néoplasme et une G. entérostomie est pratiquée.

Après la G. Entéro.

A cette période de crises douloureuses succède une accalmie très nette qui dure 2 ans 1/2.

Le malade ne suit pas de régimes.

Mais en 1935 les douleurs font de nouveau leur apparition survenant une heure après les repas, calmées par les alcalinset par les vomissements.

L'appétit est conservé cependant.

Tubage à jeun	Tubage après repas Ewald	
Hel libre.....	0,40	1,42
Acidité totale.....	1,09	2,04
Acidité lactique.....	néant	néant
Sang.....	néant	néant
Urée sanguine.....	0,40.	

Examen radiologique : L'évacuation du liquide opaque se fait par une sorte de niche située sur la petite courbure. Elle est normale jusqu'au moment où le liquide se trouve au dessous de la bouche de G. E.

Ensuite elle est très lente et 5 heures après l'injection de bouillie on constate que l'estomac est à moitié rempli de liquide. L'estomac est peu mobile.

Gastrectomie le 19-5-36. : Très difficile pour ulcère de l'antré pylorique adhérent en avant du foie et en arrière du pancréas on suture le duodénum après section. On relève l'estomac et l'on supprime la bouche de

G. E. qui est d'ailleurs ponctiforme.

Gastrectomie type Finsterer.

Suites opérations normales.

Revu le 1^{er} octobre 1936 : Excellent état général. Aucuns troubles digestifs.

Revu le 24 février 1937 : Aucun phénomène anormal n'est apparu depuis la gastrectomie.

OBSERVATION N° XIII.

Mademoiselle L... Gabrielle, 58 ans Fécamp.

En 1935 est opérée par le Docteur Guillot qui pratique une gastro-entérostomie transmésocolique.

En 1932, reprise des douleurs qui sont extrêmement fortes, obligeant la malade à se faire deux injections de morphine par jour.

Mauvais état général amaigrissement très marqué.

Radiographie : Niche importante de la face postérieure de l'estomac.

Intervention le 22 Janvier 1935 : Gastrectomie très étendue pour un très gros ulcère de l'estomac adhérent au pancréas, développé au-dessus de la bouche de gastro-entérostomie.

Les suites furent bénignes mais une phlébite retarda le lever.

Revue le 15 Juillet 1936 : Excellent état général.

Revue le 20 Février 1937 : Aucune modification de l'état général, aucun phénomène douloureux n'est apparu.

OBSERVATION N° XIV

Mademoiselle P... Suzanne.

Opérée le 11 novembre 1934, anesthésie locale, malade opérée il y a quelques années dans une clinique. Il lui a été fait à ce moment là une gastro-entérostomie

pour un ulcus de la petite courbure.

Elle continue à souffrir on lui fait alors une gastrectomie (D^r Duval), pour ulcère de la partie haute de la petite courbure adhérent au pancréas, l'opération est facile, fermeture sans drainage.

Examen histologique : Ulcère simple dans dégénérescence, entouré d'une zone de gastrite très marquée occupant tout l'antrum pylorique avec une série de petites ulcérations.

Suites opératoires normales.

Revue le 4 février 1936, cette malade va bien et mange de tout.

Revue le 20 Février 1937, la santé s'est maintenue parfaite depuis l'intervention.

CONCLUSIONS

De cet exposé nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Les troubles observés à la suite d'une gastro-entérostomie sont relativement fréquents ;

2° Ils sont dus le plus souvent à la persistance de l'ulcère ancien ou à l'existence d'un ulcère peptique ;

3° Seule la gastrectomie large permet de guérir radicalement ces malades et les différentes interventions partielles préconisées sont inopérantes ;

4° L'intervention faite à l'anesthésie locale en adoptant une technique rapide n'est pas plus choquante qu'une gastrectomie ordinaire ;

5° Les résultats éloignés de cette intervention sont excellents.

18 mars 1936.

Vu : *Le Doyen*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- DÉNÉCHAU. — Les suites médicales éloignées de la gastro-entérostomie. *Thèse de Paris*, 1907.
- DELORE et MONNIER. — Insuffisance de la G-E. dans le traitement de l'ulcus gastro-duodénal. *Presse Médicale*, 31 janvier 1931, p. 149.
- DELORE, MICHON et POLOSSON. — Oblitération cicatricielle des bouches de G-E. *Revue de chirurgie*, 1924, tome LXII, p. 79.
- DELORE et GABRIELLE. — Gastrectomie secondaire pour ulcus duodéno-pylorique déjà traité par gastro-entérostomie. *Lyon chirurgical*, Mars 1933, p. 624.
- J. DUVAL. — Réflexions sur 108 gastrectomies pour ulcères. *Presse Médicale*, 27 Mars 1935, p. 491.
- J. DUVAL. — Communication à l'Académie de Médecine. *Bulletin de la société de chirurgie*, 12 décembre 1934.
- J. DUVAL. — Technique du Professeur Finsterer de Vienne. *Archives Méd. Chir. de Normandie*, mars 1933, p. 1805.
- LARDENNOIS. — Résultats de la résection pour ulcus gastrique et duodénal. *Congrès international de chirurgie de Varsovie*, Juillet 1929.
- DEL VALLE et COPELLO. — Résultats éloignés de la gastro-entérostomie dans l'ulcère gastro-duodénal. *Bu-*

letinos y trabajos de la Sociétad de chirurgia de Buenos-Ayres. Journal de chirurgie, 24 juillet 1929.

SUCHMANN. — Complications de la G-E. *Thèse de Paris* 1936.

DELORE. — *Congrès de Chirurgie* 1928. Résumé dans la *Gaette des Hôpitaux*, Mars 1928, n° 8586.

GOSSET et LERICHE. — *Congrès de Chirurgie*, Alcan, édit.

HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac et duodénum, p. 180.

BALFOUR. — Résultats de la Gastro-entérostomie dans les ulcus de l'estomac et du duodénum. *Journal de chirurgie*, T. I, p. 441.

BERGERET et CAROLI. — Le résultat de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcus. *Presse Médical*, 21 octobre 1931, p. 1535.

GATELLIER et MOUTIER. — Thérapeutique de l'ulcère gastro-duodénal. Doin, 1935.

GATELLIER. — Ulcère peptique et gastro-entérostomie. *Arch. des Mal. app, dig. et nutrition.*, Juillet et 1935, p. 591.

CHARRIER. — Complications portant sur les anastomoses gastro-intestinales pour ulcère G-D. *Science Médicale Pratique*, Juillet 1934.

CHARRIER et R. GUTMANN. — A propos du traitement chirurgical de l'ulcus peptique post-opératoire. Séance de la société de gastro-entérologie de Paris. *Arch. des mal. app, dig. et nutrition.*, Juillet 1935, p. 719.

CHARRIER et BAUMANN. — L'avenir des malades opérés

pour ulcères peptiques gastro-jéjunaux d'après 28 cas opérés. *Arch. des mal. de l'app. dig. et nutrition*. Avril 1935, p. 338.

PAUCHET. — Que faire aux anciens gastro-entérostomisés non guéris? *La Clinique*, Octobre 1928, p. 331.
— *Sud Médical et Chirurgical*, 15 novembre 1928.

P. DUVAL, J. ROUX, GATELLIER et MOUTIER. — Relations entre l'état infectieux des parois gastriques et certains troubles consécutifs à la gastro-entérostomie. *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, 13 mars 1926, p. 270.

KOPP. — Invagination rétrograde du grêle après gastro-entérostomie. *Lyon chirurgical*, tome XXII, 1925, p. 664.

GUTMANN. — Complications de la gastro-entérostomie. *Communication Société de médecine de Paris*, 25 avril 1930. *Journal de Médecine de Paris*, mai 1930.

GUTMANN. — Diagnostic radiologique des lésions de la bouche de G-E. *Société radiomédicale de France*, 10 février 1931.

DESPLAS. — Société gastro-entérologie de Paris. Séance du 13 mai 1935. *Arch. des Mal. app. dig. et nutrition*, juillet 1935, p. 717.

J. C. ROUX. — L'ulcus duodénal hémorragique et les échecs fréquents de la gastro-entérostomie.
Séance de la Société de gastro-entérologie de Paris, 8 janvier. *Arch. des Mal. app. dig. et nutrition*, mars 1934, p. 285.

DESLOYERS. — Traitement des ulcères G-D. humains. *Arch. des Mal. app. dig. et nutrition*, novembre 1933, p. 913.

- HOFFMANN. — Résultats éloignés de la G-E. pour ulcères gastro-duodénaux. *Bruns. beitrage z. kl. ch.*, mai 1932.
- P. DUVAL, J. C. ROUX, MOUTIER. — Rôle de l'infection dans l'évolution des ulcères G-D. *Presse Médicale*, 3 Janv. 1935.
- J. DUVAL, VANNIER, POTE, PRÉVOST. — Etude de la sécrétion gastrique aux cours des affections chirurgicales de l'estomac et du duodénum. *Cahiers de gastro-entérologie*, mars 1935, n° II.
- LUQUET. — Sténose aiguë du duodénum par ulcus duodénal. Gastro-entérostomie ulcus peptique. Resection, guérison. *Bulletins et mémoires de la Soc. de Chir. de Paris*, 15 mars 1935.
- STOLZ et A. WEISS. — Le traitement de l'ulcus duodénal par l'histidine. *Soc. de Chir. et Soc. Med. du Bas-Rhin*, 13 et 23 février 1935.
- ARON. — Le traitement de l'ulcère duodénal par l'histidine. *Presse Médicale*, 27 juillet 1935, p. 1195.
- HESSEL. — Le traitement des ulcères G-D, par l'histidine. *Munch. Med. Woch.* 1934, p. 1890.
- HULMER. — Le traitement des ulcères peptiques par l'histidine. *The Lancett*, 8 décembre 1934, p. 306.
- HILLEMAND. — A propos des ulcères peptiques du jéjunum. *Arch. des Mal. app. dig. et nutrition*, juillet 1935, p. 715.
- LOEWY. — Thèse 1921.
- BALFÔUR. — Staff meetings of the Mayo Clinic, 17 août 1927.
- SIMON. — Communication à la Soc. de Chir., juillet 1929, p. 1007.

- NISSEN. — Communication à la soc. de Chir. Séance du 17 février 1937. *Journal des praticiens*, 27 février 1937, p. 141.
- CHATON. — Présentation de cinq cas de chirurgie gastro-intestinale. *Revue Médicale de Franche-Comté*, Juillet 1934.
- J. PETIT. — Gastrectomie après double gastre-entérostomie. *Normandie Médicale*, 1927, p. 355.
- POHL. — La gastrectomie pour ulcère peptique après G-E. *Bruxelles Médical*, n° 48, 16 septembre 1934.
- STARLINGER. — Résection zur ausschaltung oder G-E. als noteingriff beim zwölfin gerdamsgeschwur. *Wien, Kli. Woch.*, 18 mai 1935.
- MOURGUE, MOLINES, LONJON, ERAN. — Ulcère peptique post-opératoire-gastrectomie large. *Arch. de la Soc. de Médecine de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, juin 1934.
— *Gazette des Hôpitaux*, n° 74, 15 septembre 1934.
- HENSCHEN. — Uber das spablutbild der magenresezier-ten in zusammenhang mit der frage des verkommen von resekstionsanémien. *Arch. für klin. chir.* 1930, n° 162.
- LERICHE. — Réflexions sur le traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum. *Presse médicale*, 23 août, 1933, p. 1313.
- LERICHE. — Considérations générales sur le traitement des ulcères G-D. *Gazette des hôpitaux*, n° 86, octobre 1928, p. 1489.
-

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.
